
SOLICITUD PARA SERVICIOS DE MEDICAID PARA NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDADES DE DESARROLLO

Gracias por su interés en los servicios de Discapacidad de Desarrollo de Medicaid para niños/niñas. En orden para determinar si su niño/a es elegible para servicios, usted necesitará completar u obtener cada uno de los documentos solicitados como parte del proceso de solicitud.

1. Llenar, firmar y entregar cada uno de los formularios detallados aquí. Solicitudes que no lleven esta información no serán aceptadas. Estos formularios han sido incluidos en el paquete de solicitud para su conveniencia:
 - Solicitud de Servicios para Discapacidad de Desarrollo de Niños/Niñas
 - Reconocimiento de Recibo del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad
2. En orden de procesar su solicitud inicial, los tres documentos deberán ser entregados.

También recomendamos que usted proporcione los siguientes documentos para la determinación de elegibilidad:

3. Proporcionar documentos que verifican que su niño/a tiene un diagnostico que califica como una discapacidad de desarrollo. Los documentos requeridos son como sigue:
 - Si el Diagnostico de su niño/a es **Parálisis Cerebral, Epilepsia**, o condición cercanamente relacionada: Proporcionar documentos médicos de un médico.

O

- Si el Diagnostico de su niño/a es **Discapacidad Intelectual** o condición cercanamente relacionada: Proporcionar resultados de la evaluación cognitiva. Si la evaluación no fue hecha dentro de los últimos tres años, deberá tener una nueva evaluación. Evaluaciones aprobadas para verificación están detallados en la página de "Instrucciones para Completar la Solicitud para Servicios de Discapacidad de Desarrollo para Niños/Niñas" incluido en este paquete.

O

- Si el Diagnostico de su niño/a es **Trastorno del Espectro Autista** tales como: Autismo, Asperger o Trastorno de Desarrollo Generalizado (PDD): Proporcionar una evaluación completado por un/a profesional licenciado/a y calificado/a para hacer un Diagnóstico de Espectro de Autismo.

Una vez que haya completado y/o obtenido cada uno de los documentos requeridos, mande la información al Departamento de Salud y Bienestar por Correo Electrónico, Fax, o Correo:

Correo Electrónico:
ChildrensDDintake@dhw.idaho.gov

Fax: (208) 332-7331
Attn: Children's DD Application

Correo o entrega a mano:
Children's DD Application
DHW FACS DD Program
450 W State Street
Boise, Idaho 83720

Al recibir su solicitud el Departamento la mandara a Liberty Health Care quien completará el proceso de elegibilidad de su niño/a. Es importante que usted entregue todos los documentos requeridos al mismo tiempo para que Liberty Health Care pueda procesar su aplicación de una manera oportuna.

Una vez que toda la documentación sea recibida por Liberty Health Care, ellos revisarán los documentos y se comunicaran con usted para programar una cita para completar la evaluación de elegibilidad.

Si tiene preguntas acerca de este proceso o de los documentos solicitados, por favor comuníquese con La Oficina Central de Solicitudes al (208) 334-6500 o teléfono Gratis al 1-877-333-9681.



SOLICITUD DE SERVICIOS PARA DISCAPACIDAD DE DESARROLLO DE NIÑOS 8_15_2016

Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿El niño está inscrito actualmente en Medicaid? Sí No MID# _____

¿El niño está inscrito actualmente en Healthy Connections? Sí No

Nombre del Padre o Tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Dirección de correo si es diferente: _____

Teléfono (1): _____ Telefono (2): _____ Correo Electronico: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Dirección del médico: _____

Nombre de la escuela, si corresponde: _____ Nombre del maestro/a: _____

Diagnóstico: _____

Servicios/Apoyo que considera que serían de beneficio para el niño/la niña: _____

¿Su niño recibe servicios de: *Coordinación de Servicios* Sí No PCS Sí No CBRS Sí No

Mencione la inscripción a otros servicios, incluyendo otros servicios del Departamento: _____

Otra información pertinente acerca del niño/ la niña: _____

Documentos Requeridos para determinar la elegibilidad:

- Registros médicos
 - o Si el diagnóstico del niño es **Parálisis Cerebral, Epilepsia o Lesión Cerebral Traumática**, incluya los expedientes que comprueben la discapacidad
- Pruebas cognoscitivas
 - o Si el diagnóstico del niño es **Discapacidad Intelectual**, incluya las pruebas de IQ/psicométricas que comprueben la discapacidad
- Evaluación de autismo
 - o Si el diagnóstico del niño es **Trastorno del Espectro Autista** como: **Autismo, Trastorno Generalizado de Desarrollo (PDD) o de Aspergers**, presente una evaluación realizada por un profesional con licencia calificado para dar un diagnóstico del espectro autista

Documentos adicionales, si se tienen:

- Físico Anual de su Medico Principal
Es requerido antes de poder hacer un Plan de Servicios
- Expediente/evaluaciones escolares relacionadas con la discapacidad
- Evaluaciones de Terapia del habla/ lenguaje, Terapia Física, o de Terapia Ocupacional
- Otras evaluaciones pertinentes: _____

Firma de Padres/Guardián Legal: _____ **Relación con el/la Solicitante:** _____

16.05.01.050. Cuando individuos, representantes legales o representantes informacionales firman la aplicación, ellos consienten para que el departamento recolecte, use o revela información al ser necesario para que un individuo reciba beneficios o servicios del departamento. Si ninguno de estos individuos proporciona un consentimiento en una aplicación, servicios pueden ser rechazados. Un representante informal puede solamente consentir a la divulgación de información confidencial cuando es permitido por las reglas.

***El departamento deberá recibir una solicitud firmada en orden de procesar. Solicitudes entregadas sin firma o sin el Recibo de Aviso de Practicas de Privacidad se le devolverán.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD PARA SERVICIOS DE DISCAPACIDADES DE DESARROLLO PARA NIÑOS

Nombre del niño: Nombre de pila y apellido del niño o la niña que solicita los servicios.
Fecha de nacimiento: La fecha de nacimiento del niño (mes, día y año).
¿El niño está inscrito actualmente en Medicaid?: Si el niño está inscrito en Medicaid, marque el cuadro "sí", de lo contrario, marque "no".
MID: Si marcó el cuadro "sí" como respuesta a "inscrito en Medicaid" indique el número de Medicaid del niño. El número de Medicaid de Idaho son los primeros siete (7) dígitos del número de identificación de Medicaid como aparece en la credencial de Idaho Medicaid.
Health Connections: Si el niño está inscrito en el programa de Healthy Connections, marque el cuadro "sí", de lo contrario, marque "no". Si no sabe, no marque ningún cuadro.
Nombre del padre o tutor: Nombre de pila y apellido del padre o padres o tutor(es) del niño.
Dirección: Dirección postal del padre o tutor (incluya ciudad, estado, código postal).
Teléfono (1) & (2): Número(s) telefónico(s) en el día donde se puede localizar al padre o tutor. Incluya el código de área.
Correo electrónico: Dirección de correo electrónico del padre o tutor.
Nombre del médico: Indique el nombre de pila y apellido del médico de atención principal del niño.
Dirección del médico: Dirección postal del médico de atención principal del niño.
Nombre de la escuela, si corresponde: Nombre de la escuela actual del niño. Si el niño no asiste a la escuela, deje en blanco.
Nombre del maestro/a: Nombre de pila y apellido del maestro/a del niño. Si el niño no asiste a la escuela, deje en blanco.
Diagnóstico: Escriba el diagnóstico o diagnósticos de discapacidad de desarrollo del niño.
Servicios/Apoyo que considera que serían de beneficio para el niño/la niña: Mencione los servicios y apoyos que considera que serían de beneficio para el niño/la niña. En este paquete de solicitud se incluye una lista de los servicios tradicionales.
Mencione la inscripción a otros servicios, incluyendo otros servicios del Departamento: Mencione otros servicios o terapias que reciba el niño (ej.: terapia del habla, terapia ocupacional, consejería, etc)
Otra historia o información pertinente acerca del niño/la niña: Mencione otros problemas y/o diagnósticos médicos y/o psiquiátricos. Incluya información que considere importante que deba saber la persona que revisa la solicitud.
Documentos para determinar la elegibilidad: Marque los cuadros frente a los documentos que se incluye en la solicitud. Sólo se requieren los expedientes mencionados para la discapacidad del niño. Por ejemplo, si el niño tiene epilepsia, sólo se requieren los expedientes médicos, no las pruebas psicológicas ni psicométricas. <ul style="list-style-type: none">> Pruebas Cognoscitivas: Las siguientes pruebas se aceptarán como documentación: Escalas de Desarrollo Infantil Bayley; Escalas de Inteligencia Stanford Binet; Escalas de Inteligencia Weschler para Preescolar y Primaria; Escalas de Inteligencia Weschler para Niños; Escalas de Inteligencia Weschler para Adultos.> Evaluación de autismo: Los individuos calificados para diagnosticar a un niño con Trastorno del espectro autista incluyen: Pediatras en desarrollo, neurólogos infantiles, psicólogos y psiquiatras.
Documentos Adicionales: Marque los cuadros frente a los documentos que se incluye en la solicitud. Esta documentación complementaria no se requiere.



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH WELFARE

Reconocimiento del Recibo del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588
para obtener la ayuda de un intérprete.

Nombre del Cliente _____
(Por favor escriba en letra de molde su Primer Nombre, la Inicial del Segundo Nombre y su Apellido)

Con mi firma abajo, reconozco que he recibido el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad
provistas por el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

Su firma _____ Fecha _____

Aviso de Prácticas de Privacidad HW-0320S

En vigor a partir del 23 de septiembre de 2013 Revisado 08/2013

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN COBRE USTED Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISE CON MUCHA ATENCIÓN

> Si tiene alguna duda sobre este Aviso, póngase en contacto con la Oficina de privacidad del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho al 208-334-6519 o por correo electrónico en PrivacyOffice@dhw.idaho.gov.

> En cualquier momento puede solicitar una copia de este Aviso. Encontrará copias de este Aviso en las oficinas del Departamento de Salud y Bienestar. Esta Aviso también se encuentra en el sitio en internet del Departamento de Salud y Bienestar a <http://www.healthandwelfare.idaho.gov>.

OBJETIVO DE ESTE AVISO

En este Aviso de Prácticas de Privacidad describe la forma en que el Departamento de Salud y Bienestar (el Departamento) maneja la información confidencial conforme a los requisitos estatales y federales. Todos los programas en el Departamento pueden compartir la información confidencial sobre usted entre sí según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios y con fines comerciales normales. El Departamento también puede compartir su información confidencial con otros fuera del Departamento según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios.

Nuestro compromiso es proteger su información confidencial. Generamos registros de los beneficios o servicios que recibe del Departamento. Necesitamos estos registros para ofrecerle servicios y atención de calidad.

Asimismo, necesitamos estos registros para cumplir con varias leyes locales, estatales y federales.

Tenemos la obligación de:

- Utilizar y divulgar información confidencial requerida por la ley;
- Mantener la privacidad de su información;
- Proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad de su información; y
- Cumplir con los términos del Aviso vigente a la fecha.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad no afecta su elegibilidad a beneficios o servicios.

SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

1. Derecho a una revisión y una copia

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información de acuerdo con la ley.

Si quisiera revisar y una copia de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato "[Solicitud de registros](#)". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes federales de HIPAA.

Si solicita recibir una copia de la información, es posible que le cobremos una cuota.

Si legalmente no podemos divulgarle la información, le avisaremos.

2. Derecho a modificaciones

Si siente que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene el derecho a pedirnos que se hagan cambios a su información.

Si quisiera que el Departamento cambie su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará un formato de "Solicitud para modificación de registros". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud en 10 días.

Es posible que rechacemos su solicitud si nos pide cambiar información que:

- No generó el Departamento;
- No es parte de la información que conserva o es para el Departamento; • No es parte de la información que se le permita revisar o copiar; o o Determinamos que es correcta y está completa.

3. Derecho a limitar la divulgación sobre la información de la salud

Tiene el derecho a pedirnos no compartir la información sobre su salud para su tratamiento o servicios, o con fines comerciales normales. Nos debe decir cuál es la información que no quiere o con quién no quiere compartir.

Si quiere pedir al Departamento no compartir su información, en las oficinas o el sitio en internet del Departamento encontrará una "Solicitud para restringir la divulgación de información de salud". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud por escrito.

Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con ella a menos que se necesite la información para darle tratamiento de emergencia o que usted retira la restricción. En casi de que usted o alguien a su nombre pague un artículo o servicio y solicita que no se le divulgue a un proveedor de seguro de salud la información referente a dicho artículo o servicio, aceptaremos la restricción solicitada.

4. Derecho a un medio de envío alternativo

Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted a través de medios o lugares alternos. Por ejemplo, puede pedir que le enviemos la información de un programa a una dirección de correo diferente al de otros programas de los que recibe servicios o beneficios.

Si quiere pedir un medio alternativo para el envío de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato "Solicitud de medios alternos para envío". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud si por algún motivo se rechaza.

No le preguntaremos la causa de su solicitud. Se aprobarán las solicitudes razonables.

5. Derecho a un informe de las divulgaciones de información de salud

Tiene el derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de información sobre su salud. En este informe de divulgaciones no va a incluir cuando compartamos la información sobre su salud para tratamiento, pago de su tratamiento o fines comerciales normales, o las veces que usted nos autorizó compartir la información.

Si quiere solicitar un informe de las divulgaciones sobre su salud, encontrará en las oficinas del Departamento o su sitio en internet el formato "Solicitud para recibir un informe de las divulgaciones de información de salud". Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento responderá a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes HIPAA federales.

El primer informe que solicite y reciba en un año calendario será sin costo. Para informes adicionales en el mismo año calendario, es posible que le cobremos el costo por proporcionarle el informe. Le informaremos

del costo y es posible que decidamos retirar o cambiar su solicitud en ese momento antes de cobrarle algún costo.

CÓMO PUEDE USAR Y COMPARTIR EL DEPARTAMENTO SU INFORMACIÓN

Ocasiones en que no se necesite su permiso

> Para tratamiento. Podemos utilizar o compartir su información a fin de proporcionarle beneficios, tratamiento o servicios. Podemos compartir su información con una enfermera, médico o persona que le proporcione tratamiento o servicios. Los programas en el Departamento también pueden compartir su información para conjuntar los servicios que posiblemente necesite. También podemos compartir su información con personas ajenas al Departamento que estén involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares, representantes informales o legales u otros que le brinden servicios como parte de su atención.

> Para pago. Podemos utilizar y compartir su información para que pueda pagarse el tratamiento y los servicios que reciba a través del Departamento. Por ejemplo, tal vez tengamos que proporcionar información sobre usted a la compañía de seguros médicos acerca del tratamiento o los servicios que reciba para que su seguro médico pueda pagar el tratamiento o los servicios.

> Para operaciones comerciales. Podemos utilizar y compartir su información con fines de operaciones comerciales. Es necesario para la operación diaria del Departamento y asegurarse de que nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, puede usar su información para revisar la forma en que proporcionamos el tratamiento y los servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal que le brinda los servicios.

Ocasiones en que se necesite su permiso

> Por causas a parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales. Puede haber ocasiones en las que el Departamento tenga que usar y compartir su información por causas a parte del tratamiento, pago y operaciones comerciales según lo que se explica arriba. Por ejemplo, si el Departamento pide a su empleador o la escuela información que no forme parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales, el Departamento le solicitará una autorización por escrito que nos permita compartir dicha información. Si nos autoriza utilizar o compartir su información, puede suspender el permiso en cualquier momento, siempre que sea por escrito. Si suspendió su permiso, ya no podremos usar o compartir esa información. Debe entender que no podemos recuperar información que ya se haya compartido bajo su autorización.

> Individuos que forman parte de su atención o el pago de su atención. Podemos proporcionar información sobre usted a un familiar, representante legal o a quien usted asigne como parte de su atención. También podemos proporcionar información a quien ayude a pagar por su atención. Si usted no puede aceptar o rechazar una divulgación, podemos compartir dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted con base en nuestra opinión profesional. Asimismo, podemos compartir su información en un desastre para poder informar a su familia o representante legal acerca de su condición, estado y ubicación.

Otra forma de usar y compartir su información sin su permiso

- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento

- > Según lo requiera la ley
- > Riesgos de salud pública

- Donación de órganos y tejidos
- Tratamiento de emergencia
 - Evitar una amenaza grave de salud o seguridad
- Organizaciones militares o de veteranos

